Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22364778

découvrir aucune altération anatomique. Bien plus, j'ai appris que des ouvertures cadavériques faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier avaient fait découvrir tous les caractères anatomiques de la dotinentérite chez des individus qui n'avaient pas eu le moindre symptôme de fièvre ataxique.

On est donc fondé à dire, dans l'état actuel de la science, que la fièvre ataxique manque quelquefois de caractères anatomiques ; et que, dans les cas où elle en a, ils se montrent dans les intestins et dans le crâne, dans les intestins sous la forme dotinentérique, et au cerveau avec les caractères de la méningite ou de la cérébrite.

N° 55.
7.

DU DÉLIRE

TRAUMATIQUE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE,

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 9 Mai

1840,

PAR ARMAND BEAUGUIL,

NÉ A OLONZAC (HÉRAULT),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Οκου παραφροσυνην υπνος παυῃ, αγαθον ?

ΙΠΠΟΚ. αφο... 6. Τμημα... 6.

MONTPELLIER,

CHEZ X. JULLIEN, IMPRIMEUR, PLACE MARCHÉ AUX FLEURS, N.° 2

1840.

A M. SERNIN,

Docteur en médecine, ancien Député, Chevalier de la légion d'honneur, médecin de l'hôpital civil et militaire de Narbonne, premier chirurgien du bureau de bienfaisance de la même ville, médecin des épidémies du deuxième arrondissement de l'Aude, correspondant de l'académie royale de médecine, membre de la société Asiatique de Paris, etc., etc.

Tribut de la plus vive reconnaissance.

BEAUGUIL.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

Dévouement, tendresse.

A MON FRÈRE,

Attachement sans bornes.

A MES MEILLEURS AMIS,

Charles Homps de Limoux, (Aude)
Alexandre Maria de Comps, (Var)

BEAUGUIL.

DU DÉLIRE

TRAUMATIQUE.

Parmi les accidents qui se manifestent à la suite des lésions traumatiques, le délire est, sans contredit, celui qu'on a le moins étudié jusquà ce jour. Ce n'est cependant, ni le plus rare, ni le moins intéressant de tous. Long-temps, il est resté inconnu ; long-temps, il n'a point occupé de place dans la pathologie ; aujourd'hui même, la bibliographie médicale est encore obscure et très restreinte sur ce point. Il faut arriver jusqu'au commencement de notre siècle, pour trouver la première description de cette affection. Quelques auteurs prétendent qu'elle avait été signalée avant 1819, époque à laquelle Dupuytren a consigné un travail sur cette matière dans l'annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux de Paris. (1) Ainsi, suivant Albers, Lind en aurait fait mention, avant Dupuytren, dans sa monographie sur le *delirium tremens*; mais, comme le fait observer Léveillé, le traité de Lind est postérieur au travail de Dupuytren (2). D'ailleurs serait-il antérieur, que Dupuytren n'en aurait pas moins le mérite d'avoir, le premier, décrit ce genre de délire d'une manière satisfaisante, d'avoir

(1) Mémoire sur les fractures du péroné — page 145.

(2) De delirio tremente sic dicto observationum series. Copenhague, 1822.

désigné les causes principales, et d'avoir indiqué les moyens thérapeutiques qui conviennent dans la plupart des cas. A tant de titres, c'est à cet illustre chirurgien que nous devons la connaissance de cette affection. Rien que je sache, n'a été publié depuis 1819, sur cet objet, si l'on excepte toutefois ce qui a été écrit en 1832 dans les leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (1), et ce qui a paru, à divers intervalles, dans quelques articles de dictionnaire où l'on a confondu ordinairement cet accident avec *la folie des ivrognes*. Nous examinerons plus tard jusqu'à quel point cette fusion est susceptible d'être opérée. Le moment est venu de dire ce que l'on doit entendre par *délire traumatique*.

Le *délire traumatique*, appelé *délire nerveux* par Dupuytren, « parce que, dit Georget, (2) il l'a toujours vu résister à toute espèce de moyens antiphlogistiques, et céder à l'administration de lavemens narcotiques, et parce qu'il n'a rien trouvé dans le cerveau de ceux qui en sont mort, » est un désordre aigu des facultés intellectuelles, sans fièvre, sans lésion matérielle appréciable des centres nerveux. Tandis que le plus souvent, le délire est un simple symptôme, dans cette circonstance, il constitue pour ainsi dire, à lui seul, une maladie toute entière qui a ses sources, sa marche spéciale, son traitement particulier. Avant d'aller plus loin, nous sommes obligés de faire remarquer qu'en décrivant, sous le titre de délire traumatique, l'affection que Dupuytren a fait connaître sous celui de délire nerveux, notre intention n'est pas de la rattacher tellement aux lésions externes, qu'il soit impossible de jamais l'en séparer. Telle n'est pas, bien s'en faut, notre manière de voir. Nous pensons, au contraire, que cet accident est quelquefois indépendant des lésions elles-mêmes; que si nous adoptons la première dénomination de préférence à la seconde, c'est pour ne rien préjuger sur la nature de l'affection. Néanmoins, nous la désignerons quelquefois comme Dupuytren, pour éviter les répétitions.

(1) Délire nerveux --- Tome 1er --- page 169.

(2) Dictionnaire de médecine — Tome 10me --- Article délire -- page 23.

ÉTIOLOGIE.

« Celui qui ne connaît pas les causes des maladies, dit Zimmermann, (1) ou » qui ne peut, au moins, déterminer avec la plus grande probabilité les causes » possibles dans le cas actuel, n'est pas capable de guérir la maladie, parce » qu'il ne peut en attaquer les causes. » Remonter des effets, des phénomènes morbides à la cause dont ils émanent, est donc une nécessité pour quiconque veut arriver à un traitement rationnel. Il est des maladies qui doivent leur développement à une seule cause ; celles-là se présentent avec des caractères presque constamment identiques. Telles sont les affections qu'on a nommées spécifiques, la syphilis, la variole, la gâle, etc. ; ici, les symptômes une fois reconnus, la cause en est trouvée. D'autres, au contraire, et ce sont les plus nombreuses, proviennent d'un grand nombre de sources ; les symptômes qu'elles présentent offrent une foule de nuances ; les circonstances qui les précèdent et qui les acccompagnent sont si variées, que leur pathogénie est très-diffiicile à établir. Comment, sans un examen des plus approfondis, distinguer ces nuances les unes des autres ; comment s'élever de ces nuances jusqu'aux causes dont elles sont l'expression, sans l'appréciation la plus exacte des phénomènes précurseurs et concomitans. Cette difficulté se fait très-bien sentir, pour ce qui regarde l'étiologie du délire traumatique, tantôt il se manifeste à la suite d'une contusion au crâne ou ailleurs, tantôt à la suite d'une fracture simple ou comminutive d'un membre. Quelquefois, c'est après une opération grave qu'il apparaît, d'autres fois, après une incision superficielle, après une simple écorchure. Dans tous ces cas, le délire tiendrait-il à la même cause ? Exposons les principes de Dupuytren à cet égard.

« Il est une complication des fractures du péroné, et des maladies chirur- » gicales en général, trop commune et trop importante, pour être passée sous

(1) Traité de l'expérience. — De la recherche des Causes ; page 201.

» silence. C'est un délire sans fièvre, et quelquefois sans inflammation et sans » plaie, qui ne saurait être regardé, exclusivement du moins, comme un » délire traumatique, et qui se joint indifféremment, et sans distinction d'âge, » de sexe, de tempérament, à des luxations ou à des fractures qui ont été » ou non réduites, qui l'ont été bien ou mal; à des hernies, à des plaies, à des » opérations de tout genre, et presque généralement à toutes les maladies » chirurgicales, dans tous les temps, dans toutes leurs périodes d'inflammation, » de suppuration, de cicatrisation, en un mot, à des maladies et à des suites » d'opérations tellement différentes entr'elles, qu'on ne saurait l'attribuer à » une cause unique. On ne saurait l'attribuer exclusivement aux lésions trau- » matiques, car nous l'avons vu sans elles; à l'inflammation, car on le voit » souvent lorsqu'il n'y en a pas; à la formation, à l'abondance, au défaut ou » la suppression de la suppuration, car, dans la plupart des cas, toutes ces » choses ont lieu avec une régularité parfaite, avant, pendant, comme après » son cours. » (1)

Nous embrassons entièrement l'opinion de Dupuytren. Les faits que nous avons vus nous-même, ceux qui sont relatés par les rédacteurs des leçons orales du chirurgien que nous venons de citer, nous semblent démontrer que le délire traumatique provient de plusieurs sources. Nous allons signaler chacune d'elles, en nous étayant des observations que nous avons recueillies dans le cours de nos études, et de celles qui se trouvent disséminées dans quelques ouvrages.

Première Observation. — Marie J.**** couturière, âgée de 32 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, conduite sur une charrette, est renversée, par la faute de son conducteur, dans un précipice d'environ cinq à six mètres de profondeur, au fond duquel elle arrive en roulant; celui-ci court aussitôt la secourir. Il l'a trouve sans connaissance, ayant le côté droit de la poitrine appuyé sur le moyeu d'une roue qui est restée en l'air; à peine l'a-t-il relevée, et transportée sur la grande route, qu'elle reprend ses sens; aussitôt elle se met à pleurer, déplore le sort de son mari, de ses enfans, ne veut recevoir aucun soin, disant qu'elle ne s'est pas faite le moindre

(1) Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris. — Loc. Cit.

mal. Cependant Marie J.*** est reconduite dans sa maison ; au moment de son arrivée, l'exaltation, qui n'avait pas cessé durant le trajet, parait devenir plus considérable ; elle se jette au cou de son mari, de ses enfans, fond en larmes, refuse toute espèce de secours. Son médecin est appelé ; elle le reconnaît, mais elle ne veut pas se laisser examiner, et prétend toujours qu'elle n'a rien; à force d'instances, l'examen du corps est permis, une légère contusion se fait remarquer au-dessus du sein droit. La malade n'accuse aucune douleur à la tête, à la poitrine et au bas-ventre. Pouls un peu plus fréquent que de coutume ; température normale; figure légèrement animée, yeux brillans et injectés, envies fréquentes d'uriner, urines claires et limpides, abdomen souple; la pression, exercée sur les divers points de cette cavité, ne détermine pas de sensation pénible ; diverses questions sont adressées à la malade. Elle y répond parfaitement. *Application de* 6 *sangsues sur le point ecchymosé, pédiluves sinapisés, potion anti-spasmodique.* Le même état d'agitation se prolonge de dix à douze heures. La malade a refusé la potion. Alors exaspération des symptômes; délire phrénétique, ayant toujours pour objet le sort de son mari et de ses enfants; volubilité extraordinaire, agitation continuelle. Le pouls et la chaleur n'ont pas sensiblement augmenté. On est obligé de surveiller attentivement la malade, pour l'empêcher de quitter son lit. *Emplâtre opiacé sur la région épigastrique, frictions à la partie interne des cuisses avec la teinture opiacée.* Cette prescription est ordonnée à 8 heures du matin ; l'agitation persiste jusqu'au soir. A l'entrée de la nuit, la malade tombe dans un sommeil profond, dont elle ne sort que dans l'espace de 8 à 10 heures. A son réveil l'exaltation a disparu. Les facultés intellectuelles sont à leur état normal. Le délire a duré 45 heures. Marie n'a pas conservé le souvenir de sa chute, et de ce qui s'est passé durant son exaltation.

A quoi doit-on attribuer le délire, dans cette circonstance ? est-ce à l'ecchymose que portait la malade au-dessus du sein droit ? nous l'avons cru, un moment ; mais après y avoir murement réfléchi, nous avons changé d'avis. D'un côté, la légéreté de la contusion, de l'autre l'apparition du délire ou du moins de ses prodrômes, aussitôt après la chute, prouvent que la frayeur dont elle a été saisie au moment du danger, a été la cause déterminante de cette

affection ; du reste , ce n'est pas là le seul exemple de délire traumatique dont on puisse rapporter l'origine à une secousse morale. Plusieurs cas analogues ont été consignés dans les leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren.

C'est ainsi qu'un commerçant, (1) après avoir subi l'opération d'un sarcocèle volumineux , fut atteint de cette affection par suite de la peur qu'il éprouva après l'ablation de la tumeur. Il était, dit l'auteur de cette observation, d'un tempérament nerveux, lymphatique et d'une force morale peu énergique. Il fut sans cesse dans l'inquiétude, le jour qui suivit l'opération ; Tourmenté constamment par la crainte d'une hémorrhagie , il tremblait au moindre mouvement , au moindre geste, à la moindre sensation. Deux jours s'étaient écoulés sans le moindre accident ; la plaie était dans l'état le plus satisfaisant , mais au 3me jour le malade se plaignit de douleurs aux membres , à la poitrine ; ses yeux s'animèrent , sa respiration devint précipitée , sa raison s'égara.

Plusieurs fois, le délire nerveux s'est montré , après les tentatives de suicide. Des sept observations qui ont été réunies dans l'ouvrage où nous avons puisé la dernière , la quatrième et la cinquième nous paraissent probantes sous ce rapport. La cinquième surtout mérite d'être relatée. Nous allons en donner l'analyse.

Un perruquier désespéré de se voir dans la misère, après avoir dévoré dans peu de temps une somme assez considérable , se donna sept coups de ciseaux dans un moment d'exaspération ; transporté aussitôt à l'Hôtel-Dieu , il fut d'abord soumis à un traitement antiphlogistique ; tant que ces moyens furent continués , le délire resta le même ; le malade se croyait poursuivi par des agens de police et voulait échapper ; quatre jours s'écoulèrent, sans la moindre amélioration. Le laudanum fut donné en lavements; le 5me jour et le lendemain , le délire disparut. Quinze jours après, nouvelle tentative de suicide, nouvelle manifestation du délire dont les lavemens laudanisés firent encore justice.

Les craintes d'une opération , les grandes démonstrations de courage, pendant qu'elle est pratiquée, sont susceptibles , d'après Dupuytren , de donner naissance au délire traumatique. Or, que cette affection soit le résul-

(1) Deuxième Observation .— page 173.

tat de la frayeur, du désespoir qui précède ordinairement les tentatives de suicide, des craintes qu'éprouvent les malades soit avant, soit après les opérations, ou des marques de courage qu'ils affectent pendant leur exécution, elle provient toujours d'une cause semblable, d'une secousse morale; toutefois, qu'on n'aille pas s'imaginer que dans toutes ces circonstances, nous n'accordons aucune influence aux lésions externes, nous croyons, au contraire, qu'elles doivent presque toujours être mises en ligne de compte, mais elles agissent seulement comme causes prédisposantes, et non comme causes déterminantes.

S'il est vrai que les affections morales puissent provoquer le délire nerveux avec ou sans le concours des maladies externes, il est aussi des cas où les lésions traumatiques, à elle seules, peuvent l'engendrer; en voici deux exemples :

Deuxième observation. Féron, fondeur, natif de Metz, d'une constitution robuste en apparence, mais sujet depuis l'âge de 17 ans à d'attaques d'épilepsie, âgé de 45, entra à l'hôpital St.-Éloi, le 31 janvier 1840; il passe un jour dans la salle des fiévreux où on lui pratique une saignée. Le lendemain, l'interne de la salle examine le malade avec attention et reconnaît l'état suivant: fracture de la clavicule droite au niveau du tiers externe de cet os, accompagnée de contusion à l'épaule; ecchymose à la face, et à la région temporale du même côté. Féron est transporté dans la salle des blessés. Tranquille d'abord, il entra, le soir, dans une grande agitation. Il vocifère, veut quitter son lit; tout son corps est en mouvement; on est obligé de lui mettre la chemise de force. Alors il menace les infirmiers qui l'ont attaché, et se plaint vivement de leur conduite à son égard. *Saignée du bras, bouillon.* Pendant la nuit, le malade ne cessa pas un moment de parler et de crier. Le 3, à la visite du matin, le délire persiste; interrogé par M. Lallemand, Féron repond assez bien aux détails qui lui sont demandés sur la ville de Metz; mais il déraisonne complètement sur ceux relatifs à sa profession. C'est ainsi qu'il prétend avoir fondu le premier canon de bronze qui ait été fabriqué. *Prescription d'un grain d'acétate de morphine, à prendre en quatre fois, de 6 en 6 heures, dans les 24 heures.* Pendant 5 jours, la santé du malade reste la même, bien que la même prescription soit continuée. La

face est légèrement animée, l'état du pouls et de la température est à peu près normal. Enfin le septième jour, le délire est beaucoup moins bruyant ; le calme est revenu en partie ; cependant le malade conserve encore un peu d'exaltation : *nouvelle administration d'acétate de morphine à prendre comme auparavant* : après les premières doses, Féron s'endort, et ne s'éveille que le 8 au matin, croyant avoir eu, pendant la nuit, un accès d'épilepsie. C'est alors qu'il nous apprend que ses blessures sont le resultat d'une chute qu'il a faite, pendant un de ces paroxismes. Une fois le délire dissipé, la fracture de la clavicule est traitée, suivant le procédé de Desault d'abord, puis, suivant celui de Delpech. L'exaltation ne reparaît pas.

Ici, le délire ne peut être regardé comme la conséquence de la frayeur qu'aurait éprouvée le malade, en se laissant tomber ; car, il était sans connaissance au moment de sa chute. Serait-il dû aux craintes que Féron aurait conçues, après l'accident sur l'issue de ses blessures ? rien ne peut le faire supposer. Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'au moment où sa raison s'est troublée, Féron a été fort calme, et n'a pas manifesté la moindre plainte. Il faut donc reconnaître que c'est aux lésions traumatiques que se rattache le développement de l'affection. Or, ces lésions traumatiques sont au nombre de trois. Peuvent-elles réclamer, toutes les trois, leur part d'influence ? Bien que la fracture de la clavicule, en raison de sa gravité, doive avoir agi avec plus d'énergie que les écchymoses du crâne et de la face, celles-ci, cependant, doivent être comptées pour quelque chose ; somme toute, c'est à l'inflammation, c'est aux douleurs qui ont accompagné ces diverses blessures que doit être rapporté le délire nerveux. Avant de terminer ce qui est relatif à cette observation, nous ferons remarquer que Féron se trouvait dans une situation spéciale ; il était atteint, depuis long-temps, d'une maladie chronique qui indiquait chez lui une extrême susceptibilité nerveuse. Cette maladie ne pourrait-elle pas avoir joué le rôle de cause prédisposante ? c'est ce que nous présumons.

Troisième observation. Le 14 janvier 1838, a été porté à l'hôpital St.-Eloi, dans la salle des blessés civils, un forgeron, agé des 50 ans, d'une constitution robuste; cet homme avait fait une chute d'un premier étage par une trape qui était restée ouverte ; dans cette chute, la hanche gauche du côté de l'articulation coxo-fémorale, avait frappé contre une enclume, et la tête contre

le sol. A la suite de cet accident qui eut lieu, le 13, à 9 ou 10 heures du soir, l'individu resta sans connaissance jusqu'au lendemain à 5 heures du matin. Voici l'état dans lequel il se trouvait à 8 heures : ecchymose considérable à la cuisse gauche vis-à-vis le grand trochanter ; douleur vive correspondant à la partie contuse, impossibilité de mouvoir le membre lésé ; contusion à la région temporale gauche et autour de l'orbite du même côté ; fracture du radius gauche, rendue évidente par les symptômes suivans : avant-bras dirigé en dedans et dans la pronation, dépression au niveau du tiers externe du bras, crépitation ; une forte contusion du medius de la main droite avait déterminé la formation d'un abcès qui fut ouvert à la visite. Quoique la direction du pied gauche en-dehors rendit probable la fracture du col du fémur, M. Lallemand ne chercha pas à la constater, afin de ne pas faire souffrir le malade. *Saignée de* 16 *onces, cataplasmes émolliens sur les parties contuses ; position de la cuisse dans lademie flexion.* Le malade passa la journée dans une prostration extraordinaire ; il ne prononça pas un seul mot, et parut insensible à tout ce qui se passa autour de lui. La nuit suivante, survint une exaltation violente, accompagnée de délire ; le malade ne fit que crier et que chanter ; ses chants étaient tantôt grivois, tantôt religieux. A la visite du 15, le patient était gai, plaisantait avec les élèves, et s'étonnait de répéter certains airs qu'il croyait avoir oubliés. Son teint était animé, ses yeux ardents, la température un peu élevée, le pouls plus développé, plus fort que dans l'état normal. *Prescription d'un grain d'acétate de morphine à prendre en* 4 *fois dans le courant du jour, de* 6 *en* 6 *heures.* Le 16, le malade paraissait triste et dans un abattement considérable. Mais aussitôt qu'il aperçut M. le professeur Lallemand, il pleura de joie et lui témoigna sa reconnaissance par toute sorte d'expressions affectueuses. Le calme dura jusqu'à la nuit. Alors il se laissa aller à des idées tristes, se figurant qu'il allait mourir avant l'arrivée du jour. Le 18, nouvelle exaltation que le patient manifesta par des métaphores nombreuses et exagérées, toutes les fois qu'il remercia M. Lallemand. *Administration de* 2 *grains acétate de morphine à prendre en quatre fois, dans les* 24 *heures.* L'exaltation persista encore une douzaine de jours ; au bout de ce temps, elle disparut complètement, sous l'influence de la médication stupéfiante. Ce ne

fut qu'à dater de ce moment qu'on put attaquer directementt les lésions externes. Le malade sortit, le premier avril, entièrement rétabli.

Voilà encore un exemple de délire traumatique dont on ne saurait attribuer rationnellement la cause à une sécousse morale, et qui provient nécessairement des lésions externes. Enfin, on voit le délire traumatique succéder à l'abus des saignées, de la diète et à la privation des alcooliques. Nous trouvons un exemple très remarquable de délire nerveux, provoqué par l'abus des anti-phlogistiques, dans une thèse de M. le docteur Vailhé. Nous le transcrivons tel qu'il a été rapporté par cet agrégé (1).

» Cette espèce de délire s'offrit à moi, chez un jeune homme dangereu-
» sement blessé en duel, et par un coup de feu, dans l'articulation de la cuisse.
» Redoutant les accidents inflammatoires qui ne pourraient qu'en résulter, je
» m'empressai de pratiquer de nombreuses saignées, et de prescrire le régime
» le plus sévère. Je voulais, conformément aux idées de M. le professeur
» Bouillaud, juguler l'inflammation au début..... après quelques jours d'un
» pareil traitement, le délire se manifeste, il devient de plus en plus prononcé,
» mais toujours tranquille. Le malade avait des visions, parfois même très-
» agréables; il était loquace, il ne dormait pas; sa peau était froide, sa face
» pâle, le pouls fréquent, mais débile; le bouillon, le vin, en un mot, un
» régime tonique et la cessation de tout moyen débilitant, procurèreut bientôt
«le sommeil et la disparition du délire».

Quant au délire qui est déterminé par la privation des alcooliques, plusieurs exemples en ont été signalés. Ainsi, Cullen, dans ses élémens de médecine pratique, parle d'un malade qui buvait quatre pintes de vin par jour, et chez lequel le délire se déclarait, lorsqu'on lui diminuait la ration. Bruhl-Cramer médecin russe, rapporte le cas d'un homme qui était obligé de boire un verre d'eau-de-vie de cinq en cinq minutes, pour prévenir cette affection. Ces deux faits n'appartiennent pas à notre sujet, en ce qu'il n'y avait point ici de lésion traumatique. A. Monro cite deux cas de délire nerveux survenus, après des blessures, et par suite de la privation des spiritueux. Il s'agit de deux individus qui abusaient depuis long-temps des alcooliques. L'un était affecté d'une légére

(1) De l'influence des doctrines médicales modernes, sur la connaissance, et le traitement des maladies chirurgicales. — Concours pour la chaire de pathologie externe, vacante par le décès de M. Dugès.

blessure au nez, l'autre d'une fracture de la jambe. Ces deux malades tombérent dans le délire. Les antiphlogistiques par lesquels on essaya d'abord de le combattre, ne produisirent aucun bon effet; ce ne fut que, lorsqu'on prescrivit ou que l'on donna en cachette une certaine quantité d'alcool, que l'amélioration commença à devenir sensible, et que le délire finit par disparaître.

Les bons effets des spiritueux, dans ces deux circonstances, prouvent évidemment que l'affection dépendait de leur privation. Quoique dans le dernier cas, comme dans celui rapporté par M. Vailhé, on ne puisse pas attribuer l'origine du délire traumatique à la lésion externe, il est probable cependant que celle-ci a agi, comme cause prédisposante.

Avant de terminer ce qui est relatif à la pathogénie du délire nerveux, nous croyons devoir résoudre la question suivante: le délire qui se déclare à la suite d'une fracture dépend-il des douleurs provoquées par l'irritation des nerfs comprimés par les fragmens osseux? telle est l'opinion de M. Lallemand. On ne saurait en contester l'exactitude dans plusieurs circonstances; nous nous souvenons d'avoir vu dans le service de ce célèbre professeur, un fait tout-à-fait concluant sous ce rapport.

Un charretier nommé Vialla, âgé de 36 ans, doué d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital St.Éloi, pour une fracture comminutive de la jambe. Cet homme resta près de 48 heures, dans un état spasmodique. Le délire survint, le 3mc jour; les opiacés à haute dose furent administrés; le 4mc jour, le désordre de la blessure, l'inflammation dont elle était le siége, et le délire lui-même, exigèrent l'ablation du membre malade. L'amputation de la cuisse fut pratiquée. Pendant l'opération, le malade ne donna presque aucun signe de douleur, il ne manifesta qu'un peu de sensibilité, lorsqu'on excisa une portion du nerf sciatique; le délire persista encore deux jours. Les narcotiques le firent disparaître. Le 6, à l'examen de la jambe enlevée, on trouva le nerf tibial antérieur enflammé et comprimé entre les fragments du tibia et du péroné.

Nul doute qu'ici le délire ne fut le résultat de la compression de ce nerf. Mais faut-il conclure de ce fait que la même chose arrive constamment? nous ne sommes pas de cet avis. Voici les raisons sur lesquelles est basée notre opinion.

1° Dans les autopsies faites par Dupuytren, sur les individus morts du délire traumatique, l'altération des nerfs n'a pas été constatée.

2° Le délire traumatique se déclare, non seulement, à la suite des fratures, mais encore après des lésions de toute espèce, après des opérations de tout genre, après des amputations bien faites, et dans lesquelles les parties molles et les parties dures ont été coupées avec la plus grande régularité.

3° enfin, cette affection accompagne des blessures si légères, qu'on ne saurait même l'attribuer à la lésion externe, à l'altération des nerfs.

Conclusion : les causes déterminantes du délire nerveux sont nombreuses, savoir : affections morales, douleurs résultant des lésions traumatiques enflammées, ou de l'irritation des nerfs, privation des alcooliques, abus des saignées et de la diète. Dupuytren dit que le tempérament nerveux prédispose à cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE.

Apparaissant tantôt immédiatement aprés les lésions traumatiques, tantôt dans les diverses périodes que parcourent les blessures, (ici je prends le mot blessure dans le sens le plus étendu, dans l'acception qu'on lui donne en médecine-légale), le délire nerveux est annoncé quelquefois par des prodrômes. Ces prodrômes consistent, suivant Dupuytren, en gestes, mouvements désordonnés, propos incohérents ; néanmoins, le plus souvent, son invasion est brusque. Tout-à-coup, parfois même lorsque tout va au mieux, les malades manifestent une loquacité, une exaltation qui ne leur sont pas habituelles, leurs traits s'animent, leurs yeux deviennent saillants et lucides, une vive agitation s'empare de leur système locomoteur. Libres et abandonnés à eux-mêmes, ils changent à tout moment d'attitude. Couchés, tantôt sur le dos, tantôt sur le côté, ils se meuvent dans tous les sens, veulent sortir de leur lit, se répandent en invectives, en menaces contre ceux qui les y retiennent. Si on n'a pas la précaution de les surveiller avec la plus grande attention, ou de les lier de manière à rendre leur fuite impossible, ils se débarrassent de leurs liens, arrachent leurs appareils et se mettent à marcher, à promener dans les salles presque toujours sans but déterminé, s'appuyant quelquefois

sur les membres fracturés, sans donner aucun signe de douleur; c'est ce qui est arrivé dernièrement à l'hôpital Saint-Éloi. Un homme était entré dans le service des blessés avec une fracture du fémur droit, la fracture avait été reduite, un appareil avait été appliqué pour maintenir les fragmens en rapport. La nuit qui suivit l'application de l'appareil, le malade fut atteint de délire nerveux, il enleva les liens qui entouraient la fracture, s'échappa de son lit, traîna le membre lésé, et ne parut pas éprouver la plus légère souffrance. Des individus affectés d'une fracture au sternum, aux côtes, chantent continuellement; la sensibilité est quelquefois si obtuse que les malades subissent des opérations fort douloureuses sans se plaindre, et que Dupuytren a vu un homme attaqué de l'affection dont nous parlons, à la suite d'une opération de hernie étranglée, dérouler tranquillement ses intestins, qu'il avait préalablement chassés hors de la cavité abdominale, par suite des mouvements brusques et considérables auxquels il s'était livré.

Les sens de la vue et de l'ouïe conservent ordinairement toute leur intégrité; les malades voient bien, ils reconnaissent même leur médecin, leurs parents, leurs amis, les personnes qui les entourent, et qui leur donnent des soins; toutefois, quelques-uns sont affectés de myodésopsie, et se plaignent de corpuscules qui voltigent en l'air. L'ouïe est saine. Ils entendent fort bien, et repondent aux questions qu'on leur adresse; leur mémoire est généralement assez fidèle, mais leurs idées sont confuses; tantôt gais, tantôt furieux, ils vocifèrent, chantent, parlent constamment. Leurs discours roulent presque continuellement sur leur profession, leurs habitudes, leurs goûts, leur affaires, leurs passions. Le roulier se met en colère contre ces chevaux; le postillon est sur son siége, conduisant ses haridelles; le soldat commande l'exercice, le contre-maître donne des ordres à ses ouvriers; le fort de la halle fait entendre des propos orduriers, le débiteur se croit poursuivi par ses créanciers, l'avare se figure qu'on lui a volé ses trésors. C'est là un phénomène qui accompagne presque toujours le délire traumatique, et sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté. De temps en temps, vous parvenez à fixer l'attention du patient; alors, aux questions que vous lui faites sur les lieux, les personnes, il répond avec une exactitude, une facilité qui vous étonnent; parfois enjoué et railleur, il sait très

bien vous faire remarquer les défauts de ceux sur qui vous lui demandez des renseignements ; mais n'allez point croire pour cela que sa raison soit revenue; c'est une apparence de bon-sens qui ne dure qu'un instant. Cessez de l'interroger, et abandonnez-le à lui même, ou bien questionnez-le sur sa profession, sur ses habitudes, sur ses affaires, vous le voyez bientôt perdre la tête, et battre la campagne comme la première fois.

Passons actuellement à l'examen des fonctions organiques.

La température du corps varie souvent en plus, plus rarement en moins ; mais en général, ces variations sont si légères qu'elles n'offrent rien de morbide : la peau est quelquefois recouverte d'une sueur abondante. Le pouls est ordimarement plus fréquent que de coutume,la respiration un peu précipitée; mais tous ces phénomènes sont plutôt le résultat de l'agitation du malade que celui du délire lui même. Les excrétions ont lieu comme dans l'état hygide. Les fonctions digestives ne sont pas troublées; il est rare cependant que le desir des alimens ou des boissons se fasse sentir.

La marche du délire nerveux est ordinairement très rapide; à peine s'est-il déclaré, qu'il acquiert presque toute l'intensité dont il est susceptible. Au milieu de l'exaltation où se trouve le malade, on remarque de temps à autre quelques rémissions ; mais ces rémissions sont de si courte durée qu'on peut, pour ainsi dire, regarder l'affection comme continue. Jamais elle ne présente le type intermittent. Il est vrai que quelquefois l'agitation paraît dissipée, et que le calme semble être revenu. Ne vous y trompez pas, ce calme ne saurait être pris pour un signe d'intermittence ; il dépend de la fatigue seule; c'est ce dont on peut facilement s'assurer, en faisant causer le patient, et surtout, comme nous l'avons déja fait observer, en l'interrogeant sur ses occupations.

La durée du délire traumatique ne peut être rigoureusement déterminée; il se prolonge rarement au-delà de 4 ou 5 jours, dit Dupuytren. Cette proposition me paraît un peu trop générale, je l'ai vu plusieurs fois se prolonger davantage.

DIAGNOSTIC.

» La science du diagnostic, dit Louis, (1) tient le premier rang entre » toutes les parties de l'art ; elle en est la plus utile et la plus difficile ; le » discernement du caractère propre de chaque maladie et de ses différentes » espèces, est la source des indications curatives ; sans un diagnostic exact et » précis, la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle. « On ne saurait trop se pénétrer de ces principes. Mais est-il toujours possible de se faire une idée juste d'une maladie à priori, et seulement d'après les symptômes qu'elle présente ? non sans doute. Ainsi, pour ce qui regarde l'affection qui nous occupe, le délire roulant sur les occupations habituelles, la marche rapide de la maladie, l'absence de la fièvre, qui sont les caractères les plus saillants, ne peuvent suffire à eux seuls, pour décider qu'on a à faire au délire nerveux. En effet, le premier manque quelquefois, et se rencontre, de temps en temps, dans d'autres genres de délire ; les deux autres se montrent presque toujours ; mais comme le premier, ils peuvent aussi se rencontrer ailleurs.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions distinguer le délire traumatique des diverses espèces admises par les auteurs qui ont publié des traités *ex professo* sur le délire. Signaler les différences qui existent entre l'espèce que nous étudions et celles que l'on remarque le plus fréquemment dans la pratique, et qui lui ressemblent davantage, tel est le but que nous nous proposons dans ce paragraphe. Presque tous les organes de l'économie dans un état violent d'inflammation, presque toutes les maladies arrivées à un haut degré d'intensité peuvent déterminer l'apparition du délire aigu. Mais cet accident accompagne plus particulièrement les inflammations du cerveau et de ses membranes ; la méningite surtout n'existe presque jamais sans lui. Quels sont les signes qui différentient le délire provenant de cette affection, de celui qui est provoqué par les blessures ? pour mieux les apprécier, nous croyons devoir relater l'observation suivante.

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie, tom. 5. — Mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère.

Quatrième observation. — Méningite aigue : commotion. — délire — coma — mort.

Etienne Marc, cultivateur, âgé de 43 ans, d'une constitution robuste (tempérament sanguin) se laisse tomber sur ses pieds d'une hauteur de 7 à 8 mètres. Au moment où ses extrémités inférieures touchent le sol, Marc est renversé, et le côté gauche de sa tête va heurter contre une pièce de bois. Aussitôt il perd connaissance ; on le transporte chez lui. Appelé pour donner des soins au malade, le médecin remarque les phénomènes suivans : ecchymose considérable, accompagnée de gonflement à la partie moyenne et supérieure de la tempe gauche. Prostration extraordinaire, face pâle, yeux fermés, perte complète de la sensibilité et du mouvement. Pouls faible et lent ; température basse, coma profond. *Sinapismes sur les extrémités inférieures.* Le malade reste cinq ou six heures dans cet état d'assoupissement. Dès ce moment, Marc ouvre les yeux; son pouls se développe, et donne bientôt de 80 à 90 pulsations par minute. La chaleur de la peau s'élève, le malade se plaint de céphalalgie, et porte fréquemment la main à la tête. En même temps la sensibilité est revenue, la face est vultueuse; les yeux sont rouges et très-sensibles à l'impression de la lumière ; la langue est sèche et la soif vive ; bientôt le délire se déclare. Le patient veut se lever, il parle sans cesse ; ses ideés ne se suivent pas ; elles sont vagues, et roulent tantôt sur un objet, tantôt sur un autre : les membres supérieurs et inférieurs sont agités de mouvemens convulsifs. *Saignée du bras de* 16 *onces*, 15 *sangsues au cou*, *applications froides sur la tête*, *lavement purgatif.* Le même état de choses se continue, pendant un jour entier. Alors, de l'exaltation, du délire, le malade passe à une prostration considérable : pouls concentré et lent, peau presque froide, dilatation et immobilité des pupilles. Les questions adressées au malade restent sans réponse, la sensibilité est très obtuse, les membres sont fortement contractés. *Révulsifs aux extrémités.* Le coma se prolonge, pendant près de dix heures ; ces dix heures écoulées, la résolution des membres s'opère, la face devient hippocratique, et la mort arrive. L'autopsie n'a pas été faite.

Le délire, qui est survenu chez ce dernier sujet, offre quelques analogies avec celui qui est survenu chez le forgeron dont il est parlé plus haut. Cepen-

dant, il importe de ne pas confondre de pareils cas. Les opiacés à haute dose qui ont été suivis d'un heureux résultat chez le premier malade, n'auraient pu être que très funestes chez le second ; on sait, en effet, que les narcotiques à haute dose favorisent les congestions sanguines vers la tête ; ainsi, au lieu de faire tomber l'inflammation, ils l'auraient nécessairement augmentée, en fournissant de nouveaux matériaux à l'organe enflammé ; par contre, les antiphlogistiques qui convenaient dans le cas que nous venons de citer, s'ils n'avaient pas aggravé, d'une manière directe, l'état du forgeron, auraient du moins laissé persister le délire, ce qui aurait diminué les chances de succès, et causé peut-être une terminaison facheuse. Faisons actuellement l'analyse de la dernière observation. De cette manière, nous pourrons la mettre plus facilement en parallèle avec la troisième.

Marc offre d'abord des symptômes de commotion : (suspension de l'innervation, somnolence) ; au bout de quelques heures, la commotion se dissipe, le pouls se relève, la sensibilité générale reparaît, les organes des sens sortent de la léthargie dans laquelle ils étaient plongés, et, au moment où le malade parait avoir échappé à un grand danger, un autre non moins redoutable se manifeste. C'est ainsi que survient une céphalalgie violente, accompagnée de fièvre, de délire, de convulsions dans les membres. Malgré un traitement antiphlogistique des plus énergiques, tous ces phénomènes persistent un certain temps, et finissent par faire place à la contracture des membres, à un coma profond, à la perte de la sensibilité et du mouvement, à la mort.

Dans la 3me observation, comme dans le cas précédent, le délire est survenu à la suite de la réaction. Mais ici, il n'a été accompagné, ni de céphalalgie, ni de fièvre ; toutefois, ces deux symptômes ne suffisent pas pour distinguer le délire de la méningite du délire nerveux. Car, dans le traité de clinique de M. Andral, sont rapportés des exemples de méningite, où les malades ne se sont plaints d'aucune douleur à la tête, et où le pouls et la température sont restés à leur état normal. Dirons-nous que le délire, dans le dernier cas, est vague, tandis que, dans le premier, il roule sur un seul objet ? On ne peut pas se fier davantage à ce caractère. En effet, « le délire qui accompagne l'inflammation des

» méninges, dit le médecin-praticien (1) dont nous venons de parler, » peut offrir les plus grandes variétés, sous le rapport de sa nature. » Chez les uns, il est bruyant, accompagné de cris, de vociférations, et » d'un grand développement des forces musculaires; chez d'autres, il est, » au contraire, taciturne, et les malades paraissent profondément prostrés; » tantôt une seule idée les occupe, et cette idée peut porter sur les » objets les plus variés; tantôt les idées les plus hétérogénes se présentent à «leur esprit en même temps«. Les seuls phénomènes qui puissent empêcher de confondre ces deux affections, sont: les convulsions, les contractures, qui sont survenues chez Marc, et qui surviennent, presque à coup sûr dans toute méningite, tandis que le délire traumatique ne les présente jamais.

Les contractures, les convulsions, servent encore à séparer du délire nerveux, celui de l'encéphalite. Mais dans l'encéphalite, les contractures, les convulsions ne sont pas générales, comme daus la méningite; elles sont ordinairement partielles, et bornées seulement à un seul côté du corps, au côté opposé à celui de l'hémisphère enflammé, à moins cependant que l'inflammation n'occupe la protubérance annulaire ou le cervelet.

Après les affections cérébrales que nous venons de signaler, les maladies auxquelles le délire se joint le plus souvent, sont les inflammations aigües du tube digestif. Ce délire ne saurait être confondu avec celui des blessés; car, outre qu'il ne se déclare que, lorsque ces affections sont arrivées à un haut dégré d'intensité, la chaleur et la sécheresse de la peau, la fréquence et la concentration du pouls, le soif inextinguible, la rougeur plus ou moins vive de la langue, son aridité, les douleurs qui se font sentir dans les diverses régions da l'abdomen, le trouble des fonctions digestives, sont autant de symptômes qui le différentient du délire traumatique.

Le délire de la manie, celui de la monomanie, ont des rapports assez intimes avec le délire nerveux, pour mériter qu'on les distingue de ce dernier; c'est-ce dont nous allons nous occuper. Le délire nerveux est essentiellement aigu; il n'est pas ordinairement précédé de prodrômes; ou, s'il en est précédé, ils sont de très courte durée. Il n'en est pas ainsi du

(1) Clinique médicale -- tome 5 -- maladies de l'encéphale.

délire de la manie ; avant qu'il éclate, on remarque chez l'individu, qui doit en être atteint, un changement dans ses idées, dans son caractère, dans ses penchants ; de doux qu'il était auparavant, il devient colère ; les personnes qu'il chérissait le plus, il les prend en haine, et se livre contre elles à des menaces, à des injures. Ces phénomènes précurseurs durent plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois. Enfin survient l'accès. Le maniaque, comme le blessé qui est dans le délire, se trouve constamment dans une grande agitation ; il voit tout ce qui se passe autour de lui, mais son attention ne se fixe sur aucun objet ; il ne repond aux questions qu'on lui fait que, lorsqu'on les lui a répétées un grand nombre de fois. Les perceptions se font très bien ; la sensibilité générale est accrue, les sens jouissent de toute leur intégrité, le pouls est fort et un peu fréquent, la température légèrement élevée, la respiration tant soit peu precipitée et incomplète, sans cependant qu'il y ait fièvre. Les fonctions organiques sont, en général régulières. Le malade est dans un état continuel d'insomnie ; ce délire est toujours chronique.

Comme on le voit, la seule ressemblance, qui existe entre le délire de la manie et celui des blessés, consiste en trois ou quatre symptômes, savoir : l'absence de la fièvre, l'agitation et la loquacité, l'insomnie, l'état à-peu-près normal des fonctions de la vie organique. Nous passons sous silence la manie triste ; car, quoique l'aliéné, dans ce cas-ci, perçoive avec beaucoup de facilité, il ne manifeste pas au-dehors cette agitation, cette expansion, sans lesquelles le délire traumatique ne saurait exister.

Le monomaniaque peut-il être pris pour un blessé en délire ? je ne le pense pas. Malgré que, dans un cas comme dans l'autre, le désordre des facultés intellectuelles, soit, en général, relatif à un seul objet, cependant l'invasion, la marche, la durée du délire, sont différentes.

Doit-on confondre le délire traumatique avec ce qu'on a appelé *delirium tremens*, *folie des ivrognes*, *encephalitis tremefaciens*, *frenesia potatorum*, *œnomanie*, *dipsomanie ?* Cette question intéresse, au plus haut point, le pathologiste. La plupart des mèdecins qui ont écrit sur cette dernière affection, et notamment Saunders, Sulton, Lind, Blacke, MM. Rayer, Léveillé,

l'ont résolue par l'affirmative. Nous allons exposer les raisons qu'ils produisent en faveur de leur manière de voir.

1° Le délire des blessés, disent-ils, ne se manifeste que chez les individus qui ont l'habitude d'abuser des spiritueux. Il est à regretter, ajoute Léveillé, que Dupuytren n'ait pas cherché à constater le vice de l'ivrognerie chez les malades qu'il a traités du délire nerveux. Cette assertion n'est pas confirmée par l'expérience. Maintefois, le délire traumatique s'est montré chez des gens sobres et qui n'avaient jamais fait usage de boissons fermentées. Le sujet de notre première observation se trouvait dans ce cas. Nous savons bien, comme le fait remarquer Léveillé dans un mémoire sur la folie des ivrognes, qu'il ne faut pas toujours croire à la sobriété des blessés qui sont dans le délire, sur la parole des parents. L'ivrognerie est un vice crapuleux que l'on cherche constamment à cacher; mais il suffit d'un fait bien constaté de délire nerveux, survenu chez une personne sobre, pour que l'on doive rejeter l'assertion de Léveillé, et des auteurs mentionnés ci-dessus. Force il y a donc de conclure que, si le *delirium tremens* est la même maladie que le délire traumatique, elle provient, non d'une seule source, ainsi qu'on l'a prétendu, mais de plusieurs. Les blessures, et les autres causes que nous avons déjà indiquées, doivent être prises en considération aussi bien que les abus des alcooliques.

2° Les symptômes que présente le délire nerveux sont les mêmes que ceux du *delirium tremens* : cela n'est pas juste. Ce n'est pas qu'il n'y ait ent'reux quelques analogies ; mais il existe aussi des différences qu'on ne saurait méconnaître. Nous allons signaler les unes et les autres. Le *delirium tremens* est ordinairement précédé des symptômes suivans : insomnie ou sommeil troublé par des rêves pénibles, anorexie, pesanteur à l'épigastre, dégout pour les aliments, tension aux hypochondres, rapports nidoreux, nausées, vomissements. Tous ces symptômes, à l'exception du premier, ne se montrent pas, pendant la période d'incubation du délire traumatique. Voilà déja un point de dissemblance. Quelquefois, mais plus rarement que le délire nerveux, le *delirium tremens* éclate sans prodrômes. Tantôt gai, tantôt furieux, le délire roule fréquemment sur les occupations habituelles des malades; ceux-ci reconnaissent leurs parents, leur amis, ont des

intervalles lucides, pendant lesquels ils répondent assez bien à la plupart des questions qu'on leur adresse; mais, pour peu qu'on les contrarie, ils entrent en fureur; ils veulent se lever et accablent d'injures les personnes qui les contrarient. Ici, l'analogie entre les deux affections est complète. Le délire traumatique offre tous ces caractères. Poursuivons : dans le *delirium tremens*, le système musculaire est agité de tremblements, les extrémités supérieures surtout sont tellement vacillantes, que le malade ne peut pas porter à la bouche les boissons qu'on lui présente; la marche est chancelante comme dans l'ivresse et dans la chorée. Dans le délire nerveux, on ne remarque, ni tremblements, ni difficulté dans la progression. Dans le *delirium tremens*, les malades demandent presque toujours des boissons spiritueuses, et avalent avec rapidité les liquides qu'on leur donne, les prenant pour des alcooliques. Dans le délire nerveux, ce désir insatiable de boissons fermentées se manifeste très rarement. Dans le *delirium tremens*, la voix est tremblotante, la parole embarrassée, mal articulée; dans le délire nerveux, au contraire, celle-ci est libre et bien distincte; d'après Léveillé, le *delirium tremens* se calme souvent le jour, et disparait même tout-à-fait, pour se reproduire chaque soir, et durer avec plus ou moins de violence, jusqu'au lendemain; c'est là encore un phénomène d'intermittence qui n'a jamais été observé dans le délire nerveux.

Enfin, « le *delirium tremens*, dit M. Calmeil, (1) est parmi nous, comme » dévolu à certaines professions: les épiciers, les marchands de vin en détail, » les marchands de tabac et d'eau-de-vie, les distillateurs, les marins, les » ouvriers des ports, nous en ont offert jusqu'ici le plus d'exemples ». La même remarque n'a pas été faite au sujet du délire nerveux.

3° Comme le *delirium tremens*, le délire nerveux est combattu avantageusement par les narcotiques : cette proposition manque d'exactitude. L'opium à haute dose triomphe, à peu d'exceptions près, du délire traumatique. Dupuytren et les médecins, qui ont observé cette affection, sont d'accord sur ce point. Il n'en est pas ainsi du *delirium tremens*. Presque toutes les méthodes thérapeutiques ont été employées, presque toutes ont eu des

(1) Dictionnaire de médecine en 25 volumes, tome 10, page 31.

partisans. Ainsi, tandis que Saunders, Sulton en Angleterre, Delaroche, MM. Duméril, Guersent, Rayer, Léveillè en France, ont vanté les opiacés; les avantages de la méthode hypnotique ont été contestés par John Ware et par M.Calmeil. Lind a préconisé l'expectation; Esquirol s'en est bien trouvé. Grimm, Bang, Joseph Franck, Armstrong, recommandent l'usage des saignées et des anti-phlogistiques; Clapp, Eberle, Dracke, celui des vomitifs.

En résumé, les causes, les symptômes, le traitement, séparent le délire traumatique du *delirium tremens*.

PRONOSTIC. — TERMINAISONS.

Le délire traumatique est plus ou moins dangereux. Le siége, l'étendue de la blessure, les désordres des parties lésées sont autant de conditions qui modifient le pronostic de cette affection. Ainsi, après une large plaie du cou, après une fracture des côte, après l'opération de la hernie étranglée, après une fracture comminutive d'un membre, le délire nerveux est toujours un phénomène très facheux, à cause des accidents que peut occasionner l'agitation. Que, s'il se déclare, au contraire, à la suite d'une lésion externe, légère, et par l'effet d'une secousse morale, de la privation des alcooliques ou de l'abus antiphlogistiques, il n'offre pas, à beaucoup près, la même gravité. Toutefois le délire nerveux n'est pas sans danger par lui-même : ce qui le prouve, c'est que Dupuytren à vu un individu, qui en avait été atteint, après une simple écorchure d'un orteil, mourir en 48 heures. D'ailleurs ne peut-on pas concevoir à priori qu'une exaltation, telle que celle qui caractérise ce genre de délire, ne saurait durer long-temps, sans produire des troubles fonctionnels de la plus haute gravité.

Le délire traumatique se termine de deux manières, très souvent par la guérison, quelquefois par la mort. Quant la terminaison doit être favorable, le malade tombe dans un sommeil profond, dont il ne sort ordinairement que dans l'espace de 8, 15, 20 heures. Lorsqu'il s'éveille, ses idées sont nettes, ses réponses justes, il n'a pas la conscience de ce qui s'est passé durant l'exaltation. Souvent il éprouve de la lassitude, de l'inappétence;

mais cette lassitude, cette inappétence se dissipent. Bientôt, la faim, la soif ne tardent pas à se faire sentir; dès lors la maladie externe reprend sa marche habituelle.

Nous n'avons jamais été témoin d'un seul cas de délire traumatique qui se soit terminé par la mort. Dupuytren, qui en a signalé quelques exemples, dit qu'on ne trouve jamais à l'ouverture du corps aucun désordre qui puisse rendre un compte satisfaisant de la mort. Peut-être que, si les investigations eussent été portées avec soin sur les lésions elles-mêmes, aurait-il constaté quelquefois l'altération matérielle des nerfs. Quoiqu'il en soit, l'absence de toute lésion appréciable de l'encéphale s'accorde très bien avec ce que dit Georget sur le délire en général : (1) « toutes les fois que le délire a existé sans désordres musculaires très marqués, sans prostration, sans convulsions, sans paralysie, le cerveau ne présente que quelques changemens dans sa coloration, un peu d'injection, une consistance plus grande, une petite quantité de sérosité dans les ventricules, une injection de la pie-mère, quelquefois une infiltration de sérosité de cette membrane».

NATURE DU DÉLIRE TRAUMATIQUE.

Le siége du délire nerveux est évidemment l'encéphale. Mais de quelle manière cet organe est-il affecté? De quelle nature est le trouble dont il est atteint? Est-ce une encéphalite? Est-ce une méningite? Rien ne le prouve. L'encéphalite, la méningite, sont accompagnées de plusieurs phénomènes qu'on ne remarque pas dans cette affection; de plus l'anatomie pathologique n'a jamais démontré dans le cerveau et ses membranes, aucune altération qui put faire soupçonner l'existence de ces deux maladies. Or, puisque ce n'est ni une encéphalite, ni une méningite, ni aucune autre affection matérielle appréciable, c'est donc une lésion de fonctions; mais cette lésion de fonctions est, tantôt idiopathique, tantôt symptomatique; idiopathique, quand elle provient d'une secousse morale, de la privation des alcooliques, de l'abus des anti-phlogistiques; symptomatique, quand elle dépend de l'irritation, de l'altération d'un ou de plusieurs nerfs.

(1) Dictionnaire de médecine, tome 10. — Délire.

TRAITEMENT.

Avant d'attaquer directement le délire traumatique, plusieurs précautions doivent être prises à l'égard du malade. Celle qui se présente la première, c'est de prévenir les dangers que peut occasionner l'agitation. Deux moyens sont à la disposition du médecin : la surveillance, et la camisole de force. Ces deux moyens ne sont pas rigoureusement succedanés l'un de l'autre. Il est des cas où le premier doit être préféré au second, et *vice versâ*. Lorsqne le délirant est affecté d'une lésion traumatique légère, lorsque l'agitation est peu intense, on peut se borner à la surveillance ; mais cette surveillance doit être continue, il faut veiller constamment sur le malade. On doit se rappeler que le délire peut devenir furieux d'un moment à l'autre. On est obligé d'employer la camisole de force, quand le patient se livre à des mouvements considérables qui sont susceptibles de mettre ses jours en péril ; il en est de même quand la fracture, la plaie ou la blessure, de quelque genre qu'elles soient, sont graves. Ici, toute espèce d'agitation ne peut avoir que des suites très fâcheuses. Nous savons bien que la camisole de force offre quelques inconvénients. Ainsi, elle irrite le malade ; de là indubitablement l'accroissement du délire ; mais encore vaut-il mieux qu'il augmente un peu, plutôt que de laisser le patient se frapper, se traîner sur un membre fracturé, dévider ses intestins, etc.

Maintenant se présente une question fort intéressante pour le praticien. Quand le délire se déclare à la suite d'une fracture, doit-on s'occuper de celle-ci ! Si elle est simple, sans inflammation, sans contusion, on peut appliquer l'appareil, on peut le laisser en place, lorsqu'il a été déjà appliqué ; si, au contraire, la fracture est compliquée, si les tissus voisins sont violemment contus, enflammés, il faut se garder de mettre l'appareil ; il faut l'enlever, lorsqu'il a été placé. En pareille circonstance, le bandage causerait des douleurs, lesquelles ne manqueraient pas d'exaspérer le délire.

On ne doit pas se borner à mettre le malade en sureté ; il faut encore l'isoler ; le repos des sens et de l'esprit est indispensable ; la tranquillité la plus parfaite doit régner autour de lui ; tout ce qui peut s'opposer au sommeil

doit être éloigné. Οκου παραφροσυνην υπνος παυη, αγαθον, dit Hippocrate : Lorsque le sommeil apaise le délire, c'est un bon signe. Ne laissez jamais le patient auprès des autres malades ; que tous ses sens soient soustraits à l'influence de leurs excitans naturels ; faites le placer loin du bruit, dans un lieu très peu éclairé ; éloignez les visiteurs autant que possible ; recommandez aux personnes qui l'approchent de ne pas le fatiguer par leurs questions. Si vous ne prenez pas tous ces soins, le délire deviendra plus considérable, plus furieux, plus difficile à calmer.

Dès que le blessé délirant se trouve dans les conditions les plus avantageuses pour le retour du calme, on doit attaquer l'affection elle-même. Le vin, les toniques sont utiles dans le cas où le délire est l'effet de la privation des alcooliques ou de l'abus des anti-phlogistiques. Dans tous les autres, c'est à l'opium qu'il faut s'adresser. L'expérience a démontré depuis longtemps l'éfficacité de la méthode hypnotique. Mais quelles sont les préparations opiacées qui conviennent, et de quelle manière faut-il les administrer ? Dupuytren regardait comme une espèce de spécifique, le laudanum ingéré par le rectum ; suivant lui, les narcotiques et le laudanum, portés dans l'estomac, sont aussi inefficaces que les révulsifs, les calmants, les saignées qu'il a vu constamment échouer. Cependant tous les malades que nous avons observés à l'hôpital St.-Eloi, dans le service de M. Lallemand, ont été traités par l'acétate de morphine, soit en pilules, soit en potion, et toujours la guérison a été aussi rapide que dans les cas insérés dans les leçons orales de Dupuytren. S'il fallait nous prononcer entre ces deux méthodes, nous préférerions celle de M. Lallemand, parce qn'on n'a pas besoin de remuer le malade, et parce qu'il est souvent sinon impossible, du moins très difficile d'administrer les lavements, en raison de l'agitation considérable dans laquelle il se trouve.

Nous l'avons déjà dit, le délire nerveux est une affection grave, soit par elle-même, soit par les accidents auxquels elle expose. Il importe donc de le faire cesser aussitôt que possible. Jusqu'ici la méthode interne a été mise en usage ; jusqu'ici elle a été le plus souvent couronnée de succès ; mais ne peut-on pas la remplacer avantageusement par la méthode externe, par la méthode endermique ? Déjà notre première observation nous offre un exemple

de délire traumatique qui a été guéri en 48 heures par ce procédé ; d'un autre côté, les expériences de MM. Trousseau et Pidoux prouvent que les sels de morphine agissent beaucoup plus vite, lorsqu'on les donne par la peau, que lorsqu'on les fait pénétrer dans le tube digestif.

Nous allons transcrire ce que disent, à cet égard, ces médecins recommandables. « Nous avons comparé les individus présentant, le plus possible, » de conditions identiques et absorbant un grain ou deux de morphine, » par la peau ou par l'estomac : dans le premier cas, la soif, les vomis- » sements, la somnolence, la pesanteur de tête, le trouble de la vision, » sont presque instantanés ; les malades commencent quelquefois à éprouver » de l'ivresse, deux minutes après l'application du sel de morphine sur le » derme dénudé : dans le second cas, les symptômes restent quelquefois » une heure, et même 2 ou 3 heures avant de se développer, et les » vomissements se font attendre ordinairement 2 ou 3 jours. Ces résultats, » quoique étudiés sur des individus différents, démontrent bien que la » rapidité de l'absorption est plus grande par la peau que par l'estomac ... » Mais pour mieux l'éclairer, nous avons observé des individus soumis suc- » cessivement à la méthode interne et à la méthode externe. Toutes les » fois que cette dernière a été substituée à la première, les effets ont été » plus puissants, si les doses sont restées les mêmes, et bien que celles-ci » eussent été diminuées d'un quart ou de moitié, les symptômes ont » démontré une action aussi puissante ».

D'après ces expériences, et d'après notre première observation, nous pensons que la méthode endermique peut être substituée avec avantage à la méthode interne. La teinture opiacée ne devra guère être employée, en raison de son peu d'activité ; tout au plus pourrait-on s'en servir, pour augmenter l'action des autres préparations. Les sels de morphine, l'acétate, le sulfate, l'hydrochlorate, devront lui être préférés. Ces deux derniers devront être administrés de préférence au premier, parce qu'ils sont plus solubles. C'est sur le derme dénudé, et sur le siége de la blessure, qu'il faudra appliquer la substance médicamenteuse. De cette manière, en même temps qu'on fera pénétrer le stupéfiant dans l'économie, on calmera les douleurs locales.

A quelles doses doit-on donner les opiacés ?

Dupuytren administrait ordinairement un lavement contenant de 5 à 10 gouttes de laudanum, et il faisait répéter cette prescription de 6 en 6 heures, jusqu'à ce que le calme survint. M. Lallemand commence à donner un grain d'acétate de morphine en 24 heures, le distribuant en quatre doses qu'il fait prendre, comme Dupuytren, à 5 ou 6 heures de distance les unes des autres. Si le délire n'est pas calmé le premier jour, la dose est augmentée. Nous en avons vu administrer jusqu'à 2 grains en un jour.

Si l'on se sert de la méthode externe, il faut employer environ un quart de grain de sulfate ou d'hydrochlorate de morphine. Comme, dans cette circonstance, les effets sont presque immédiats, on peut revenir à la charge, toutes les demi-heures, toutes les heures. Après les premières doses, il se présente quelquefois un phénomène remarquable : c'est ainsi que le délire, au lieu de diminuer, augmente. Cet accroissement n'est pas l'effet de l'opium, mais bien celui de la marche de l'affection elle-même ; on ne doit pas pour cela renoncer aux narcotiques ; il faut, au contraire, persister dans le même moyen et donner même les opiacés à doses plus élevées. Il se passe ici ce qui se passe, en général, pour les médicamens administrés à haute dose, et pour l'émétique, en particulier. Que l'on donne cette substance soit dans la pneumonie, soit dans le rhumatisme articulaire aigu, soit à la suite des lésions traumatiques, les malades la supportent d'autant mieux que la pneumonie est plus intense, que le rhumatisme attaque plus d'articulations, que la lésion traumatique présente plus de désordres, plus de conditions pour le développement de l'inflammation. De même, dans le délire nerveux, les opiacés sont d'autant mieux tolérés que le délire est plus considérable, plus furieux. Ainsi, telle dose, qui, dans l'état sain, suffit pour produire le narcotisme, donnée 3, 4, 5, 6 fois plus forte, dans cette circonstance, ne détermine pas le moindre phénomène de ce genre. Ceci peut donner une idée de ce que valent les expériences faites sur les médicaments chez les sujets qui sont dans l'état hygide. Ce n'est pas que nous n'accordions aucune espèce de valeur à ce mode d'expérimentation; mais nous pensons que, pour apprécier l'action d'une substance médicamenteuse, il faut non seulement, la faire agir sur des individus sains, mais encore sur des individus malades

Aussitôt qu'on est parvenu, au moyen des opiacés, à faire tomber le malade

dans l'assoupissement, il faut renoncer aux stupéfiants sous peine de provoquer le narcotisme, accident toujours très fâcheux. Le sommeil est, en général, d'autant plus favorable qu'il dure plus long-temps, et qu'il est plus profond ; il n'annonce pas toujours la fin du délire. Quelquefois, et cela arrive surtout lorsqu'il a été de courte durée, le délire persiste avec la plupart de ses caractères, ou du moins il reste un peu d'exaltation. Dans ce cas, on doit prolonger l'emploi des narcotiques, ce n'est que, lorsque le calme est tout à fait revenu, qu'il faut s'arrêter; cependant les doses doivent être plus faibles.

Le délire peut se déclarer plusieurs fois pendant le cours d'une affection externe ; le médecin doit se tenir en garde contre les récidives ; à la moindre exaltation manifestée par le malade, il doit craindre le retour du délire, et agir en conséquence.

Lorsque le délire traumatique tient à l'altération matérielle des nerfs, et que ces nerfs sont volumineux, que l'on donne les narcotiques, soit par le rectum, soit par l'estomac, soit par la peau, quelle que soit d'ailleurs la dose à laquelle on les porte, cette affection ne disparaîtra pas ; c'est ce qui arriva chez Vialla. Tant que ce malade conserva son membre, l'acétate de morphine ne produisit aucun résultat. Ce ne fut que, lorsque l'amputation eut été pratiquée, que le délire disparut. Il est vrai qu'il ne se calma pas immédiatement après l'opération. Mais le principe, *sublatâ causâ, tollitur effectus*, n'est pas toujours vrai. Quelquefois, la cause d'une maladie s'évanouit, et, quoique l'organe qu'elle tenait sous sa dépendance ne soit pas matériellement altéré, les troubles fonctionnels persistent encore pendant quelque temps. Bien que, dans pareille circonstance, l'opération seule puisse mettre fin au délire, cependant il ne faudra la pratiquer qu'autant qu'elle sera indiquée en grande partie par les désordres locaux.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des combinaisons produites par des actions électriques très-lentes.

Si, dans une dissolution d'acétate de plomb, on fait plonger un cylindre de Zinc, le plomb sera précipité, et on trouvera, deux ou trois jours après, de l'acétate de Zinc. D'après M. Grotthus, deux époques doivent être distinguées dans la précipitation du Plomb. D'abord, ce dernier métal est précipité, parce que le Zinc a plus d'affinité que lui pour l'acide acétique ; mais, aussitôt que la surface du cylindre est recouverte d'une couche de molécules de plomb, l'affinité ne peut plus agir. Alors se forme un élément de la pile qui décompose l'eau; son oxigène est attiré par le zinc, en même temps que l'acide acétique forme de l'acétate de zinc qui se dissout. d'un autre coté, l'hydrogène de l'eau et l'oxide de plomb, sont attirés par le plomb ; l'hydrogène s'unit à l'oxigène de l'oxide de plomb, et ce métal réduit s'ajoute à l'élément de la pile, en vertu de l'affinité. Toutes les fois qu'un métal en précipite une autre de ses dissolutions, la même chose a lieu. Après la précipitation du plomb par le zinc, nous signalerons, comme les plus remarquables, celle de l'argent opérée par le mercure ou par le cuivre, celle de l'étain produite par le zinc, enfin celle du cuivre opérée par le fer et par le zinc.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De la tunique albuginée.

La capsule fibreuse qui enveloppe le testicule a reçu le nom de tunique albuginée, du mot latin *albus.*

Le tissu albuginé qui est commun au testicule, à l'ovaire, à la rate, au rein, etc, a été rangé par Bichat dans la 2me classe des membranes fibreuses, celles dont la surface extérieure correspond aux organes qui les entourent par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lache et abondant, et dont la surface interne envoie dans l'organe enveloppé, divers prolongements qui viennent faire partie de la substance même de cet organe. La sclérotique fait exception à la règle.

La tunique albuginée a pour base, comme toutes les membranes fibreuses, une fibre d'une nature particulière, insensible et peu contractile ; la couleur de cette fibre est blanche, brillante. Elle s'altère peu dans l'eau froide et se dissout dans l'eau bouillante. L'analyse chimique y démontre une grande quantité de gélatine unie à une certaine quantité d'albumine.

Par sa surface externe, la tunique albuginée répond à la vaginale, excepté dans un petit espace qui se trouve au niveau de l'épididyme ; l'union des deux membranes est très intime. Sa surface interne répond au tissu propre du testicule dans lequel elle envoie des prolongemens fibreux et auquel elle fournit des espèces de culs de sac, pour le recevoir. C'est à l'endroit où les vaisseaux séminifères traversent cette capsule, qu'elle offre un épaississement connu sous le nom de corps d'hygmor.

En examinant cette membrane à travers le jour, on voit une assez grande quantité de vaisseaux flexueux qui rampent dans son épaisseur.

La capsule albuginée détermine la forme du testicule ; elle est plus susceptible que les autres de passer à l'état cartilagineux. Enfin, par une pro-

priété commune à toutes les autres capsules fibreuses, lors du développement morbide de l'organe enveloppé, elle se développe aussi, mais non point à la manière des séreuses, par l'effacement des plis, mais bien par une véritable extension de tissu.

SCIENCES CHIRURGICALES.

De la procidence, de la briéveté et de l'entortillement du cordon ombilical.

Causée tantôt par l'abondance des eaux, ou la petitesse du fœtus, tantôt par une position sus-pubienne, ou par la longeur du cordon, la procidence est difficile à constater avant l'écoulement des eaux. Mais, une fois la poche amniotique rompue, le diagnostic devient facile ; le cordon pend-il hors de la vulve, l'œil ne peut le méconnaître ; descend-il seulement dans l'intérieur du vagin, ses bosselures, ses pulsations, sont perçues aisément par la main de l'accoucheur. Nous supposons que l'enfant est vivant ; car, dans le cas contraire, il va sans dire qu'on ne pourrait pas percevoir de pulsations.

Le danger de la procidence dépend de la compression qu'exerce, sur le cordon, l'enfant qui va être expulsé ; il est plus on moins grand, suivant que le cordon est ou n'est pas exposé au contact de l'air, suivant la présentation du fœtus, suivant la durée du prolapsus, le temps du travail, la largeur du bassin.

L'accident dont nous nous occupons présente plusieurs indications.

Quand, depuis quelque temps, le cordon est froid et sans pulsations, quand le travail est avancé, la position de l'enfant favorable, le bassin bien conformé ; quand la procidence est récente, que les pulsations sont sensibles, il faut abandonner l'accouchement à la nature. Lorsqu'après la rupture des membranes, la tête paraît s'engager favorablement, et que les douleurs sont bonnes, il faut faire rentrer le cordon dans l'utérus, soit à l'aide de la main, soit au moyen d'un instrument. On doit hâter le travail dans les circonstances que nous allons signaler.

Si la tête se présente dans une position occipito-postérieure, si elle n'est pas assez avancée pour être saisie par le forceps, si, dans un accouchement composé, la sortie du second fœtus se complique du prolapsus, si la matrice est dans l'inertie, la version doit être pratiquée sans retard (Guillemot). Si la tête est avancée, le travail ralenti, et que les battemens du cordon soient devenus imperceptibles, il faut avoir recours au forceps (Dugès).

L'entortillement du cordon ombilical a lieu autour du cou, du corps, entre le tronc et les membres inférieurs, etc.; de là des tiraillemens susceptibles de se propager à l'utérus, et de le faire tomber dans l'inertie; de là l'asphyxie, soit par strangulation, soit par l'aplatissement du cordon lui-même, comme le veulent les Allemands, et notamment Ludwing; de là encore tous les accidens qui résultent de la briéveté naturelle du cordon.

L'entortillement ne peut être constaté que, quand la main peut atteindre les circulaires.

Les indications consistent à dégager la partie entourée, soit en tirant sur un des bouts, soit, lorsque le tiraillement devrait être trop considérable, en élargissant les circulaires, pour permettre au corps de passer peu à peu. On peut encore couper, sans inconvénient, le cordon, quand le travail va se terminer.

La longueur moyenne du cordon est de 18 à 20 pouces; mais on a vu des cordons de 5 de 6 et même de 2 pouces (Malgouyré). Les signes de la briéveté ne sont sensibles qu'à l'époque du travail. Ces signes sont: 1° des mouvements alternatifs de progression et de répulsion, de la part de la tête, 2° des douleurs de tiraillement, ou de déchirement, qui ralentisent la parturition, troublent les contractions.

L'inertie de l'utérus, le décollement prématuré du placenta, des hémorrhagies internes, la rupture du cordon, l'asphyxie, tels sont les accidents que peut déterminer le vice dont nous nons entretenons.

Quels sont les moyens que l'art met en usage pour éviter ces accidents? Abandonner le travail à la nature, quand la briéveté n'est pas telle que l'enfant ne puisse sortir hors de la vulve; dans le cas contraire, suivre le précepte de Boëssel, porter la main dans la matrice, saisir l'enfant par les pieds, le faire sortir jusqu'à la base de la poitrine, couper alors le cordon, voilà qu'elle doit être la conduite de l'accoucheur.

SCIENCES MÉDICALES.

De la médication homœopathique.

Similia similibus curantur : Tel est le principe sur lequel repose la médication homœopathique. La vérité de ce principe est incontestable pour un grand nombre de phlegmasies locales, et externes. Tous les jours, nous voyons une inflammation artificielle faire disparaître une inflammation morbide circonscrite ; mais, quand l'affection est interne, quand elle est générale, la médication substitutive est souvent en défaut.

Les règles relatives à la médication homœopathique, peuvent être résumées, ainsi qu'il suit : 1° Il faut proportionner l'action de l'agent substituteur à l'intensité de la maladie que l'on veut combattre. 2° l'agent substituteur doit être généralement plus énergique dans les maladies aigües que dans les maladies chroniques, 3° la cause de l'affection doit guider pour le choix du modificateur.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, DOYEN.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL. *Examinateur.*	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES, PRÉSIDENT.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD, *Suppléant.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareil.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

Agrégés en Exercice.

MM. VIGUIER, *Suppléant.*	MM. JAUMES.
BATIGNE.	POUJOL.
BERTRAND, *Examinateur.*	TRINQUIER.
BERTIN.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE *Exam*
DELMAS FILS.	FRANC.
VAILHÉ	JALLAGUIER.
BROUSSONNET FILS.	BORIES.
TOUCHY, *Examinateur.*	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation